ITEM 351 : AGITATION ET DÉLIRE AIGU

AGITATION

Agitation = **10 à 15 %** des consultations psychiatriques aux urgences : généralement à la demande de l'entourage, voire des forces de l'ordre intervenues à domicile ou sur la voie publique.

DIAGNOSTIC

État d'agitation (DSM-V)

= **Activité motrice excessive**, associée à un **état de tension intérieure.**
- **Activité** généralement **improductive** et **stéréotypé** : marche de long en large, impossibilité de tenir en place, frottements des mains, tirailler ses vêtements, incapacité de rester assis…
- **Tension psychique** : **propos, cris, irritabilité, anxiété.**
- Forme **contrôlable** (contact verbal possible) ou **incontrôlable** (patient inaccessible à la discussion).

→ Parfois **agitation intérieure isolée**, sans retentissement comportemental = forte anxiété avec hyperactivité productive de la pensée : **sidération anxieuse, tachypsychie avec fuite idéique**…

DD
- **Hyperactivité** : motricité orientée vers un but.
- **Akathisie** : nécessité impérieuse de se déplacer, mouvements incessants des jambes.

C

- Circonstances de survenue : date d'apparition, apparition brutale (en quelques heures, ou progressives sur plusieurs jours/semaines, permanente ou intermittente), événement récent (voyage, événement stressant…), prise de toxique.
- Antécédents psychiatriques et non psychiatriques.

Signes de gravité
- **Syndrome confusionnel** à l'origine de l'état d'agitation : perturbation de la conscience accompagnée de modifications cognitives, altération de la mémoire, désorientation temporo-spatiale, perturbation du langage, perturbation des perceptions.
- **Déshydratation sévère, troubles hydro-électrolytiques.**
- Défaillance organique : **sepsis, choc cardiovasculaire, détresse respiratoire aiguë.**

Symptômes non psychiatriques
- Neurologique : **myosis, mydriase, symptômes méningés, signes de localisation**, morsure de langue…
- Endocrinien/métabolique : **déshydratation, tachycardie, globe urinaire…**
- Infection : **hyperthermie, symptômes méningés, dyspnée, cyanose, sueurs profuses**…

Symptômes psychiatriques
- **Symptomatologie thymique** : dépressive ou maniaque.
- **Symptomatologie psychotique** : idées délirantes, hallucinations.
- **Symptomatologie anxieuse.**

Bio
- **Bilan standard** : **glycémie, ionogramme, calcémie, NFS, CRP, bilan de coagulation** (si nécessité de traitement IM).
- Selon l'orientation : **alcoolémie, dosage urinaire de toxiques, bilan hépatique, bilan rénal, TSH.**

PEC
- **ECG** si nécessité de traitement neuroleptique sédatif.
- Selon l'orientation : **PL, TDM cérébrale, EEG, ECBU, goutte épaisse, radiographie pulmonaire**…

ÉTIOLOGIE

Chez le sujet âgé

Evoquer en 1re intention
- Iatrogène :
  . **Benzodiazépines** : à l'instauration ou au sevrage brutal.
  . **Antidépresseur** : confusion, syndrome sérotoninergique ou virage maniaque/hypomaniaque.
  . **Corticoïdes.**
  . **Agonistes dopaminergiques.**
  . **Anticholinergique.**
  . **Opiacés.**
  . Plus rarement : **antipaludéen** (**méfloquine**), **isoniazide**, **interféron**…
- Trouble hydro-électrolytique : **hypo/hypernatrémie**, **hypercalcémie**…
- Trouble métabolique **hyperthyroïdie**, **hypoglycémie**…
- Trouble neurologique : **AVC, hématome sous-dural, épilepsie, méningo-encéphalite, tumeur, démence**…

Autres causes fréquentes
- **Douleur.**
- **Infection urinaire, pulmonaire**…
- **Globe vésical** ou **fécalome.**
- **Intoxication alcoolique aiguë** ou **sevrage alcoolique** (DT).
- **Intoxication au CO** ou au **monoxyde d'azote.**
- Pathologie cardiovasculaire : **EP, IDM.**

Origine psychiatrique

→ A évoquer après un bilan clinique et paraclinique normal.
- **Episode dépressif caractérisé** avec **agitation anxieuse**, associé ou non à des symptômes psychotiques.
- **Episode maniaque, hypomaniaque** ou **mixte dans un trouble bipolaire** à début tardif ou induit par les antidépresseurs.
- **Attaque de panique** isolée ou dans un trouble panique.
- **Trouble délirant** à type de jalousie ou de persécution.

Chez l'adulte jeune

Evoquer en 1re intention
- **Intoxication aiguë à une substance psychoactive** : **alcool**, **cannabis**, hallucinogènes (**LSD**…) ou psychostimulant (**cocaïne**, **amphétamine**, **ecstasy**).
- **Sevrage de substance psychoactive** : notamment **alcool**, **héroïne**, **autre opiacé.**
- Iatrogène médicamenteuse : **antidépresseur, corticoïdes**, ou plus rarement **benzodiazépine** (effet paradoxal plus fréquent), **antipaludéen** (notamment méfloquine)…
- Métabolique/endocrinienne : **hypoglycémie, hyperthyroïdie.**
- Infectieuse : **méningo-encéphalite herpétique, neuro-paludisme.**
- Neurologique : **crise convulsive, AVC hémorragique, neurolupus, SEP, retard mental**…
- **Intoxication au CO** ou au **monoxyde d'azote.**
- Cause cardiovasculaire : **IDM, EP.**

	Origine psychiatrique	→ A évoquer après un bilan clinique et paraclinique normal. - **Attaque de panique** (crise d'angoisse aiguë) isolée ou dans un trouble panique. - **Episode maniaque, hypomaniaque** ou **mixte** d'un trouble bipolaire. - **Episode dépressif caractérisé avec agitation anxieuse.** - **Trouble psychotique bref.** - **Trouble psychotique chronique débutant** : trouble schizophréniforme, schizophrénie, trouble schizoaffectif, trouble délirant persistant. - **Crise clastique dans le cadre d'un trouble de la personnalité** (diagnostic d'élimination) : personnalité **borderline**, **antisociale** ou **histrionique** surtout. - **Situation conflictuelle.**
	Chez le sujet avec antécédents psychiatriques	→ Eliminer en priorité une pathologie organique, même si le diagnostic le plus probable est une décompensation du trouble psychiatrique connu. - Cause iatrogène : . **Antidépresseur** : virage maniaque, hypomaniaque ou mixte**,** syndrome sérotoninergique. . **Effet paradoxal des benzodiazepines.** . **Antipsychotiques : dyskinésie aiguë** ou **akathisia.** . **Psychotrope anticholinergique** = antidépresseur tricyclique, neuroleptique type lévomépromazine ou cyamémazine : **syndrome confusionnel.**
TTT	→ **Hospitalisation** en urgence : avec consentement ou en SPDT ou SPDRE. - Hospitalisation en psychiatrie si troubles psychiatriques sous-jacent nécessitant des soins. - Prévention du risque suicidaire et évaluation de la dangerosité pour autrui. - **Surveillance somatique** aux urgences. - **Evaluation de l'état psychiatrique** : à distance de l'état d'agitation, de la prise de toxique et de la sédation par benzodiazépine ou neuroleptique atypique.	
	Dimension relationnelle	→ Obligation médicale en 1re intention. - Apaiser rapidement sans sédater de façon trop importante. - Contact verbal instaurant un climat de confiance, avec comportement empathique. - Contact visuel. - Langage clair et concis. - Environnement le plus calme possible, chambre éclairée. - Prévention du risque d'auto- et hétéro-agressif : enlever les objets dangereux, fermer les fenêtres… - Eviter au maximum les mesures de contention physique.
	Benzodiazépine	= A demi-vie courte : **oxazépam**, **diazépam**, ou autre anxiolytique type **hydroxyzine.** - Contre-indiqué en urgence : insuffisance respiratoire, myasthénie. - Si refus de traitement par voie orale : **traitement IM** en privilégiant une autre classe (benzodiazépine IM = de mauvaise biodisponibilité et de durée d'action longue).
	Antipsychotique sédatif	**= Cyamémazine**, **lévomépromazine** ou **loxapine** orale, ou si refus **halopéridol** ou **loxapine IM.** - Réservé aux états d'agitation très sévère ou IM en cas de refus de benzodiazépine orale. - Contre-indication absolue en urgence : anticholinergique (glaucome à angle fermé, adénome de prostate), QT long (ECG préalable indispensable). - Privilégier une monothérapie.
	Contention	= En cas de risque de violence imminente (vers lui-même ou autrui) ou échec des autres moyens. - En expliquant au patient les raisons de la mesure et en poursuivant la réassurance. - Fouille pour supprimer tout objet potentiellement dangereux, enlever ceinture et pantalon. - Patient saisi à chaque membre, tête maintenue sur le côté, couché sur le dos : maintien de chaque membre par une attache, ceinture ventrale bouclée puis attaches verrouillées. - Tête du brancard surélevée (pour éviter le risque d'inhalation). - Durée limitée le temps d'obtenir une sédation médicamenteuse efficace. - Surveillance régulière : risque de fausse route, encombrement bronchique, infection broncho-pulmonaire, escarres, hypotension orthostatique, RGO, constipation, occlusion intestinale, RAU, MTEV.
	Mesures associées	- Traitement étiologique de toute cause organique. - **Traitement d'un trouble psychiatrique à distance de l'état d'agitation** (pour permettre une évaluation sémiologique correcte à distance de la situation d'urgence). - **Surveillance rapprochée** : fonctions vitales, état d'agitation.

DÉLIRE AIGU

Idée délirante = croyance erronée fondée sur une déduction incorrecte concernant la réalité extérieure, fermement soutenue en dépit de l'opinion très généralement partagé et de tout ce qui constitue une preuve incontestable et évidente du contraire.
- Caractère aigu si apparition récente **< 1 mois.**

DIAGNOSTIC

Caractérisation de l'idée délirante

Thème = sujet principal du délire (le plus souvent de persécution) : thématique variante, unique ou multiple dans un même délire, s'associant de façon logique ou non.
Mécanisme = processus d'élaboration et de construction du délire : **interprétatif, hallucinatoire**, **intuitif** ou **imaginatif.**
Systématisation : organisation et cohérence des idées délirantes.
- Non systématisé = **paranoïde** : thèmes multiples (polymorphe), sans cohérence ni lien logique.
- Systématisée = **paranoïaque** : thème unique, organisation interne logique.

Adhésion : degré de conviction attaché aux idées délirantes.
- Adhésion totale : conviction inébranlable, inaccessible au raisonnement et à la critique.
- Adhésion partielle : critique de son délire par le patient.

Retentissement émotionnel et comportemental : niveau d'anxiété, risque suicidaire et de passage à l'acte hétéro-agressif.

Symptômes psychiatriques associés

- Autres symptômes psychotiques : **hallucinations, désorganisation** (cognitive, émotionnelle et/ou comportementale), **syndrome négatif** (cognitif, émotionnel et/ou comportemental).
- **Symptômes thymiques** (dépressive, maniaque, mixte), d'apparition concomitante ou non aux symptômes psychotiques.

ETIOLOGIE

→ Eliminer systématiquement une étiologie organique :
- Chez le sujet âgé : évoquer une **cause iatrogène**, **hydro-électrolytique, métabolique, neurologique** ou **infectieuse.**
- Chez l'adulte jeune : évoquer une **cause toxique** (intoxication ou sevrage), **iatrogène, infectieuse, métabolique** ou **endocrinienne.**

Origine psychiatrique

Présence de symptômes thymiques associés

- **Episode maniaque ou mixte avec caractéristiques psychotiques** dans le cadre d'un trouble bipolaire ou d'un virage maniaque sous antidépresseur : idées délirantes généralement de thème mégalomaniaque ou de persécution.
- **Episode dépressif caractérisé avec caractéristiques psychotiques** : idées délirantes congruentes à l'humeur, souvent à thème de culpabilité, ruine ou hypochondrie.

Présence d'autres symptômes psychotiques

- **Trouble psychotique bref** (bouffée délirante aiguë) : durée **< 1 mois.**
- **Trouble psychotique chronique** :
  . **Trouble schizophréniforme < 6 mois.**
  . **Schizophrénie, trouble schizoaffectif > 6 mois.**
  . **Trouble délirant > 1 mois.**
- **Psychose puerpérale** : symptômes psychotiques survenus dans le post-partum (hors épisode maniaque/mixte du post-partum avec caractéristiques psychotiques).

PEC

→ **Hospitalisation en milieu spécialisé**, avec ou sans consentement.
- **Prévention du passage à l'acte auto- et hétéro-agressif.**
- **Dimension relationnelle** : climat de confiance, calme, alliance thérapeutique, éviter les mesures de contention.
- **Traitement médicamenteux** : **benzodiazépine** par voir orale, **neuroleptique sédatif** par voie orale (IM si refus ou mise en danger).

DERNIERS RECOURS

Isolement

= Placement du patient dans un espace dont il ne peut sortir librement et séparé des autres patients en phase critique, à visée de protection, dans un lieu dédié et adapté.
± **Contention mécanique** : moyen, méthode, matériel ou vêtement empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps.
- Indication en dernier recours : en prévention d'une violence imminente ou après une violence, non maitrisable, sous-tendue par des troubles mentaux, avec un risque grave pour le patient ou pour autrui.
- Mesure limitée dans le temps, sur décision d'un psychiatre.
- Limitée à 12 h initialement ± prolongé de 12 h, puis de 24 h.
- Ne concerne que les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement.
- Surveillance rapprochée : surveillance horaire, voire continue, avec ≥ 2 visites médicales/24 h.